# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962 N°

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

ROSSONI Pierre
né le 22 novembre 1935 à Cavalla (Grèce)

*Interne du Centre Hospitalier Régional d'Orléans*

Présentée et soutenue publiquement le .....

# A PROPOS D'UN CAS DE RHUMATISME PALINDROMIQUE

Président : Monsieur DE SÈZE, Professeur.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549211_0015

- FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année I962 N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T en M E D E C I N E

( Diplôme d'Etat )

par

R O S S O N I Pierre

né le 22 Novembre I935 à Cavalla ( Grèce )

-Interne du Centre Hospitalier Régional d'Orléans-

Présentée et soutenue publiquement le I962

# A P R O P O S D' U N C A S

de

# R H U M A T I S M E P A L I N D R O M I Q U E

==========

- Président : Mr. S. de SEZE, Professeur -

==========

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

# - LISTE DES PROFESSEURS -

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T), Aubin (A), Bénard (H), Bulliard (H), Cadenat (F), Chabrol (E), Champy (C), Debré (R), Fey (B), Gastinel (P), Halphen (E), Hazard (R), Heuyer (G), Lantuejoul (P), Laroche (G), Lévy-Solal (E), Lian (C), Mathieu (P), Mocquot (P), Mondor (H), Monod (R), Moreau (R), Moulonguet (P), Olivier (E), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis D, Quénu (J), Richet (C), Senèque (J), Strohl (A), Tanon (L).

DOYEN ..... Léon BINET.
Membre de l'Institut.

Ier ASSESSEUR..... Jean Verne.
2e ASSESSEUR..... Gaston Cordier.

## I.-PROFESSEURS.

I° CHAIRES de SCIENCES FONDAMENTALES.
a) Professeurs titulaires : MM.

Anatomie.....Delmas (A)
Anatomie pathologique.....Delarue (J)
Anesthésiologie.....Baumann (J)
(Jayle (M-F)
Biochimie médicale.....(Schapira (G)
Biochimie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....Chailley-Bert (P)
Biologie médicale.....Fauvert (R)
Cancérologie médicale et sociale.....Bernard (J)
Embryologie.....Giroud (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière).....N..
Histologie.....Verne (J)
Hygiène et médecine préventive.....Joannon (P)
Médecine du Travail.....Desoille (H)
Médecine légale.....Piedelièvre (R)
Microbiologie (Bactériologie et virologie).....Fasquelle (R)
Parasitologie.....Galliard (H)
Pathologie chirurgicale.....Huguier (J)
Pathologie exotique.....Lavier (G)
Pathologie expérimentale et comparée.....Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale.....Milliez (P)
Pathologie respiratoire.....Turiaf (J)
Pathologie et thérapeutique générales.....Boudin (G)
Pharmacologie.....Cheymol (J)
(Binet (L)
Physiologie.....(Bargeton (D)
Physiologie et pathologie obstétricale.....Lepage (F)
(Dognon (A)
Physique médicale.....(Djourno (A)

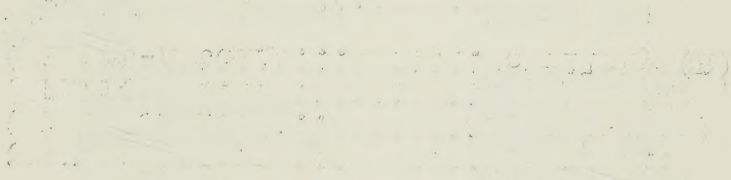
Radiologie médicale.....Desgrez (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale.M..
Thérapeutique.....Conte (M)

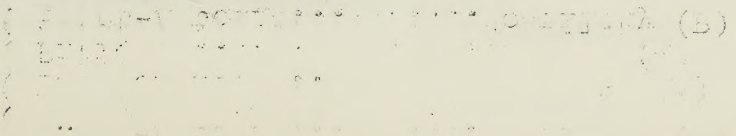
b) Professeurs à titre personnel : MM.

Biochimie médicale.....Desgrez (P)
Polonovski (J)
Biologie médicale.....Bourlière (F)
Embryologie.....Tuchmann (H)
Hygiène et médecine préventive.....Deparis (M)
Parasitologie.....Brumpt (L.-C)
Pathologie chirurgicale.....Laurence (G)
Pharmacologie.....Lévy (Mlle J)
Physiologie.....Parrot (J)
Physique médicale.....Kellershohn (L.)

2° CHAIRES de SCIENCES CLINIQUES.
b)Professeurs titulaires : MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)....Redon (H)
Clinique cardiologique (Broussais).....Mouquin (M)
( Beaujon.....Lortat-Jacob (J.-L)
( Cochin.....Leger (L)
( Hotel-Dieu.....Patel (J)
Cliniques chirurgicales.....Pitié.....Cordier (G)
( Saint-Antoine.....Gosset (J)
( Salpêtrière.....Sicard (A)
( Tenon.....Olivier (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile
et orthopédique (Enfants-malades).....Fèvre (M)
Clinique chirurgicale orthopédique
et réparatrice.....Merle d'Aubigné (R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire
(Broussais).....Gaudart d'Allaines
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire
(Laennec).....Mathey (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié).....Decourt (J)
Clinique de génétique médicale
(Enfants-malades).....Lamy (M)
Clinique gynécologique (Broca).....Funck-Brentano (P)
Clinique des maladies cutanées
et syphilitiques (Saint-Louis).....Degos (R)
Clinique des maladies des Enfants
(Enfants malades).....Cathala ( J)
Clinique des maladies infectieuses
(Claude-Bernard).....Mollaret (P)
Clinique des maladies mentales et de
l'encéphale (Sainte-Anne).....Delay (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker).....Hamburger (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais).....Marchal (G)
Clinique des maladies du système nerveux
(Salpêtrière).....Castaigne(P)





| | | |
|---|---|---|
| | ( Boucicaut | Lenègre (J) |
| | ( Broussais | Soulié (P) |
| | ( Cochin | Justin-Besançon (L) |
| | ( Cochin | Bronet (G) |
| Cliniques médicales | Hôtel-Dieu | Bariéty (M) |
| | ( Laribosière | Sèze (S. de) |
| | ( Pitié | Dreyfus (G) |
| | ( Saint-Antoine | Kourilsky (R) |
| Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat) | | Debray (C) |
| Clinique médicale propédeutique (Broussais) | | Gennes (L de ) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) | | Dorot (M) |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) | | David (M) |
| Clinique neurologique (Salpêtrière) | | Garcin (R) |
| Cliniques obstétricales | (Baudelocque | Lacomme (M) |
| | (Foch (Suresnes) | Merger (R) |
| Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) | | Varangot (J) |
| Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) | | Renard (G) |
| Clinique oto-rhino-laryngologique (Laribosière) | | Lubry (H) |
| Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent de Paul) | | Lelong (M) |
| Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-malades) | | Marie (J) |
| Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec) | | Bernard (E) |
| Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) | | Michaux (L) |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) | | Coste (F) |
| Clinique stomatologique (Pitié) | | Dechaume (M) |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) | | Roux (M) |
| Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) | | Lemaire (A) |
| Clinique toxologique | | Gaultier (M) |
| Clinique traumatologique | | Patovani (P) |
| Séméiologie médicale | | Domart (A) |
| Séméiologie et clinique chirurgicales | | Poilleux (F) |
| Clinique urologique (Necker) | | Couvelaire (R) |
| Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) | | Turpin (R) |

b) Professeurs à titre personnel :

| | | |
|---|---|---|
| | ( Bour (H) | |
| Médecine | Lhermitte (F) | |
| | ( Pequignot (H) | |

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE,
PROFESSEURS AGREGES et MAITRES de CONFERENCES,
AGREGES.

M.

Anatomie ..... ( Cabrol (C)
( Couinaud (C)
( Gillot (C)
( Olivier (G)

Anatomie pathologique ..... ( Gauthier-Villars
( (Mlle P.) pr. s. ch.
( Abelanet (R)
( Busser (F)
( Chomette (G)
( Gouygou (Ch)m.conf.
( Nezeloff (Ch)
( Orcel (L)
( Paillas (J)

Anesthésiologie ..... ( Kern (E)
( Vourc'h (G)

Bactériologie ..... ( Barbier (P)
( Christol (D)
( Le Minor (L)
( Tournier (P)

Biochimie médicale ..... ( Baulieu (Et.)
( Bourillon (R)
( Cartier (P)
( Dreyfus (J.-Cl)
( Gonnard (P)
( Kruh (J)
( Jerome (H)

Biologie appliquée à l'Education Physique
et aux Sports ..... Plas (F)

Cancérologie ..... ( Boiron (M)
( Denoix (P)
( Mathé (G)
( Seligmann (M)

Dermato-Syphiligraphie ..... ( Civatte (J)
( Degrelle (C)

Electro-Radiologie ..... Leroux-Lebard (G)

Hématologie ..... ( Bessis (M)
( Bilski-Pasquier G.
( Dausset (J)
( Duhamel (G)

| | |
|---|---|
| Histologie | ( Coujard (R) pr. s.ch.<br>( Marois (M)<br>( Racadot (J) |
| Hydrologie | ( Besançon (F)<br>( Cornet (A) |
| Hygiène | ( Boyer (J) pr. s. ch.<br>( Blancher (G)<br>( Corre-Hurst (Mme L)<br>( Sapin-Jaloustre (H) |
| Maladies infectieuses | ( Bastin (R)<br>( Dupont (V) |
| Médecine légale | ( Derobert (L) pr. s. ch.<br>( Fournier (E)<br>( Gucniot (M)<br>( Nadeugue (A) |
| Médecine du travail | Albahary (C) |
| Neuro-chirurgie | Pertuiset (B) |
| Obstétrique | ( Granjon (A)<br>( Hervet (E)<br>( Le Lorier (G)<br>( Levy (J)<br>( Morin (P)<br>( Musset (R)<br>( Robey (M)<br>( Seneze (J)<br>( Sureau (C)<br>( Thoyer-Rozat (J) |
| Ophtalmologie | ( Brégeat (P)<br>( Dubois (A)<br>( Saraux (H) |
| Orthopédie | ( Judet (R)<br>( Meary (R)<br>( Postel (M)<br>( Ramadier (J) |
| Oto-rhino-laryngologie | ( Debain (J)<br>( Pialoux (P) |
| Parasitologie | ( Golvan (Y)<br>( Lapierre (J) |
| Pathologie chirurgicale | ( Barcat (J)<br>( Binet (J.-P)<br>( Cauchoix (J) |

| | |
|---|---|
| Pathologie chirurgicale (suite)..... | ( Corbonnet (G)<br>( Chatelin (C.-L)<br>( Dubost (Ch)<br>( Dubost (Cl)<br>( Faurel (J)<br>( Fleboau ( F)<br>( Garbay (H)<br>( Germer (H)<br>( Gaudart d'Allaines<br>( Germain (A)<br>( Labaste (J)<br>( Leveque (B)<br>( Loygue (J)<br>( Mercadier (H)<br>( Natali (J)<br>( Pellerin (D)<br>( Perrotin (J)<br>( Robert (H)<br>( Thomeret (G) |
| Pathologie exotique..... | Schneider (J) |
| Pathologie expérimentale..... | ( Benhamou (J.-P)<br>( Berthaux (P)<br>( Boivin (P)<br>( Crosnier (J)<br>( Hartmann (L)<br>( Loeper (J)<br>( Maurice (J)<br>( Nikol (Cl)<br>( Richet (G) |
| Pathologie médicale..... | ( Aussanaire (M)<br>( Bouvier (J)<br>( Bouvrain (Y)<br>( Bricaire (H)<br>( Brissaud (H)<br>( Brocard (Y)<br>( Buge (A)<br>( Catinat (J)<br>( Chretien (J)<br>( Coblentz (B)<br>( Contamin (F)<br>( Coury (C)<br>( Etienne (J.-P)<br>( Frezal (J)<br>( Fritel (D)<br>( Hennequet (A)<br>( Himbert (J)<br>( Houssot (E)<br>( Laroche (Cl)<br>( Lesobre (R)<br>( Nacrez (C)<br>( Moreau (L) |

| | |
|---|---|
| Pathologie médicale (suite) | ( Nick (J)<br>( Royer (P)<br>( Tourneur (R)<br>( Wolfromm (R) |
| Pédiatrie-Puériculture | ( Joseph (R)<br>( Lafourcade (J)<br>( Lepercq (G)<br>( Mande (R)<br>Mozziconacci (P)<br>( Polonovski (C)<br>( Rossier (A)<br>( Vialatte (J) |
| Pharmacologie | ( Boissier (J)<br>( Lechat (P) |
| Physiologie | ( Barres (G)<br>( Dejours (P)<br>( Durand (J)<br>( Girard (m. conf.)<br>( Hugelin (A)<br>( Scherrer (J) |
| Physique médicale | ( Chanteur (J)<br>( Gougerot (L)<br>( Gremy (F)<br>( Milhaud (G)<br>Pellerin (P)<br>( Roucayrol (J.-Cl)<br>( Tubiana (M) |
| Pneumo Phtisiologie | ( Kreis (B)<br>Meyer (A)<br>( Renault (P) |
| Psychiatrie | Pichot (P) |
| Psychiatrie infantile | ( Deniker (P)<br>( Duche (D)<br>Flavigny (M)<br>( Lapresle (J) |
| Rhumatologie | Delbarre (F) |
| Stomatologie | ( Cernea (P)<br>Chaput (Mme)<br>( Grellet (M) |
| Thérapeutique | ( Chassagne (P)<br>Lamotte (M)<br>( Marche (J) |

Urologie..... ( Auvert (J)
( Moulonguet (A)
( Quenu (L)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE et AGREGES CHARGES de COURS DE CLINIQUE ANNEXE, à titre permanent.

MM.

Anatomie.....Debeyre (J)
(Aboulker (P)
Clinique chirurgicale.....Amëline (A)
(Verne (J.-M)

(Perrault (H)
Clinique médicale.....Rambert (P)
(Thieffry (S)

Clinique obstétricale.....Gra set (J)
Mayer (M)

Clinique ophtalmologique.....Desvignes (P)
Offret (G)

Clinique oto-rhino-laryngologique.....Maduro (R)
Clinique pédiatrique et puériculture.....Laplane (R)
Clinique psychiatrique.....Baruk (H)
Clinique urologique.....Kuss (R)

IV.- PROFESSEURS DETACHES ans les UNIVERSITES ETRANGERES

MM.

Bactériologie.....Hauduroy (P)
Pathologie chirurgicale.....Rufler (J)

V.- CHARGES de COURS d'HYGIENE SCOLAIRE et UNIVERSITAIRE

MM. Boltanski (E)
Launay (C)

Secretaire général de la Faculté.....Léna (J)
Secretaire principal..... ...Chaintreuil (G)
Conservateur en chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine....Dr Hahn (A)
Conservateur.....Mlle Dumaitre
(Contet (Mme J.)
(Forget (Mme F)
Bibliothécaires.....(Laurent (Mlle H)
(Le Noir (G)
(Quiévreux (E)

-:-:-:-:-

à M I R E I L L E

à F R E D E R I C, notre fils.

avec tout mon amour.

A MON PERE
A MA MERE,
A MA BELLE-MERE,
A MON FRERE et A MA SOEUR,
A MON BEAU-FRERE et A MA BELLE-SOEUR,
A TOUTE MA FAMILLE,

En témoignage de mon affection.

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

En souvenir de nos années d'études.

A Monsieur le PROFESSEUR S. de SEZE,

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la Présidence de cette
Thèse.

Hommages respectueux.

Au Docteur GAUFROY,
Médecin Chef du Centre Hospitalier Régional d'Orléans

Qui nous a inspiré cette Thèse.
Qu'il trouve ici l'assurance de
notre gratitude pour son enseignement
avec notre profond respect.

A MES MAITRES

du Centre Hospitalier Régional d'Orléans.

# A PROPOS D'UN CAS DE RHUMATISME PALINDROMIQUE

## INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer au Centre Hospitalier Régional d'Orléans, dans le cadre de la Consultation de Rhumatologie un cas de Rhumatisme pour lequel le tableau clinique, les explorations biologiques, radiologiques et l'évolution nous ont fait porter le diagnostic de "Rhumatisme Palindromique".

Nous allons rapporter cette observation parce qu'elle présente un double interêt :

-Tout d'abord par la rareté des cas décrits dans la Littérature Médicale ;(une centaine de cas, environ..)

-Ensuite, par les essais thérapeutiques et le problème nosologique qu'elle soulève.

./.

Nous allons tracer un rapide aperçu historique dans notre premier chapitre.

Nous essayerons alors :

-De décrire les signes caractéristiques de la maladie en nous inspirant essentiellement des travaux princeps de Hench et de Rosenberg dans notre deuxième chapitre.

-D'exposer l'observation inédite (totalisant 300 crises en 6 ans.) qui a justifié notre thèse, chapitre III.

-D'envisager les considérations diagnostiques ,étio-pathogéniques et thérapeutiques qui en découlent ,chapitre IV.

-De montrer l'interêt du diagnostic de Rhumatisme Palindromique ,dans notre conclusion qui constituera le chapitre V ,et de mettre en évidence le problème nosologique soulevé.

-De donner une bibliographie assez complète dans le dernier chapitre.

./.

## C H A P I T R E  I.

## H I S T O R I Q U E

La connaissance du Rhumatisme Palindromique n'est pas très ancienne ,puisque les premiers cas furent publiés en I94I ,par P.S.Hench et E.F.Rosenberg à la Mayo Clinic de Rochester,U.S.A.

Entre I928 et I939,les Auteurs relevèrent 34 cas sur plusieurs milliers de rhumatisants examinés chaque année.

Leurs travaux sont consignés dans les Archives of Internal Medecine ,parues en I944.

Par la suite,diverses publications seront faites ,bien plus nombreuses ,avouons-le ,dans la Litterature Anglo-saxonne que dans la Littérature française.

Il faut citer :

En I942 : M.Mazer.
J.L.Thompson.

En I943 : Vaughan.
J.L.Ferry.

En I944 : J.G.Gréco and Harkings.
W.D.Paul and N.P.Logan.
J.C.Cain.

En I945 : Wringfield.

En I946 : Nelingan.
H.I.Salomon.
F.Parkes Weber.
[illegible].Françon.

Forestier.

En I947 : Hopkins and Richmond.

Scheinber.

J.Robin et J.Graber-Duvernay dont l'étude sur 3 cas est intéressante par le problème soulevé sur l'origine tuberculeuse du Rhumatisme Palindromique.

En I948 : Selvan Davison rapporte I cas.

En I949 : E.W.Boland and Nathan E.Headley montrent à propos de 3 cas,l'interêt de la crysothérapie dans cette affection.

En I950 : K.Wassmann rapporte I cas.

En I955 : Z.T.Wirtzchafter ,D.W.Williams et E.C.Gaulden étudient,à propos d'I cas ,les modifications électrophorétiques du liquide synovial.

En I956 : Rotes-Querol publie I cas.

En I957 : Piguet pose la question d'un syndrome palindromique dont le Lupus érythémateux disséminé pourrait constituer une étiologie,à propos d'un cas avec "L.E. test" positif.

En I958 : F.Mauvoisin ,J.Bernard,J.Brun et J.Vergnon

relatent le cas d'un Rhumatisme palindromique évoluant depuis 23 ans chez une femme de 37 ans ,aggravé par la crysothérapie ,amélioré par la corticothérapie par voie générale.

En I959 : J.C.Bourzeix présente à propos d'I cas,une très belle étude ,au cours de laquelle il résume les observations des autres auteurs.

Rotes-Querol et Lience ,à propos de 4 cas essayent d'établir,par une étude comparative,les principales particularités et les differences existant entre le Rhumatisme Palindromique ,l'Hydarthrose intermittente et le rhumatisme allergique de Kahlmeter.

En I96I : R.Dames et J.Zuckner font une révision bibliographique à propos de 5 cas et mettent en évidence le manque de connaissances relativement à l'incidence et à l'étiologie de la maladie.

Deux de leurs cas sont particulièrement interessants car les tests habituels de la Polyarthrite évolutive y sont positifs.

./.

## C H A P I T R E  II.

## LE RHUMATISME PALINDROMIQUE

L'absence de notions étio-pathogéniques précises nous oblige à donner une définition purement anatomo-clinique du Rhumatisme Palindromique : nous résumerons schématiquement les caractères essentiels.

-L'âge de début se situe dans 70% des cas entre 20 et 30 ans, les deux sexes sont indifféremment frappés.

-L'affection est caractérisée par des attaques multiples et apyrétiques d'arthrite et périarthrite aïgues ,avec,parfois para-arthrite.

Il s'agit d'une mono-arthrite dans 90% des cas,bien que deux ou trois articulations ,petites et grandes,puissent être atteintes en même temps : elles se constituent très rapidement ,réalisant en quelques heures un tableau inflammatoire typique où s'associent :

-La douleur ,souvent intense ,entrainant des comparaisons multiples ,(rage de dents,coups de couteau,brulûre,etc..)

-Le gonflement articulaire ,en rapport avec l'acuité de la crise.

-La rougeur et la chaleur des téguments.Il va sans dire que l'impotence fonctionnelle varie avec le siège et peut obliger le malade à s'aliter.

Cette arthrite est fugace et dure,en moyenne,de quelques heures à quelques jours,disparaissant sans traitement ,mais,

caractère essentiel ,elle récidive sans rythme précis ,à grand nombre de fois : par exemple 50 à 100 attaques dans une année.

Pour un même sujet ,la fréquence semble assez constante.

Au fur et à mesure des accès ,toutes les articulations peuvent être touchées.

Sont atteintes par ordre de fréquence décroissante :

-articulations des doigts : interphalangiennes proximales, surtout métacarpo-phalangiennes et inter-phalangiennes distales.

-carpes,

-poignets,

-genoux,

-pieds,

-épaules,

-coudes.

Trois localisations un peu particulières :

-la temporo-maxillaire,

-la sterno-claviculaire,

-le rachis cervical.

Par contre,la colonne vertébrale ,dorso-lombaire est presque toujours indemne.

Les débuts de crise sont toujours brusques et il semble y avoir une prédilection pour la fin de l'après-midi ou le soir ; elles seraient plus aigues et plus fréquentes au printemps et en été.

Aux arthrites s'associent des atteintes para-articulaires intéressant les parties molles,voisines de l'articulation carac-

-térisées par un gonflement des téguments réalisant un placard de consistance ferme de quelques centimètres de diamètre ,infiltré, rouge,ne gardant pas l'empreinte des doigts et extrèmement sensible ,surtout à la pression.Il disparait en quelques jours.

Ces localisations para-articulaires seraient plus fréquentes que les atteintes articulaires elles-mêmes.

Les malléoles,les talons,la face palmaire des doigts sont des sièges d'éléction.

Des lésions cutanées pouvant siéger n'importe où mais fréquemment retrouvées au niveau du cou ,peuvent completer le tableau: il s'agit d'un érythème de 2 à 3 cms de diamètre ,légèrement surélevé ,de consistance ferme ,ressemblant à un érythème polymorphe ,parfois centré par une petite vésicule.

La lésion n'est pas prurigineuse ,mais provoque des douleurs à type de brulûres ;elle évolue en trois à cinq jours et se termine par une fine desquamation de la peau.

La muqueuse buccale et le larynx peuvent être atteints également par ces éléments papuleux.

Dans 9% des cas ,Hench et Rosenberg ont remarqué la présence de nodules intra-dermiques ou sous-cutanés ,plus petits qu'un pois ,mobiles,siégeant aux doigts ,plus rarement aux coudes ,genoux,poignets.

Ils persistent 2 à 5 semaines ,parfois I an.

./.

Bien que les attaques se répètent un grand nombre de fois, au cours des années d'évolution de la maladie ,il est remarquable de noter l'absence de signes généraux et notamment la fièvre.

Fait essentiel : entre les attaques ,on obtient une complète restitution ad intégrum ,sans séquelles fonctionnelles ,anatomiques ou radiologiques ,et la maladie n'aboutit jamais au rhumatisme chronique.

Contrastant avec l'intensité des phénomènes inflammatoires locaux, les examens para-cliniques sont évocateurs par leur caractère négatif : en effet ,on ne retrouve pas de stigmates biologiques bien definis :

-La vitesse de sédimentation globulaire est normale, parfois légèrement accélérée lors d'une forte poussée.

-L'électrophorèze peut révéler parfois une augmentation des gamma-globulines comme l'ont rapporté quelques auteurs.(Mauvoisin-Bourzeix)

-On peut noter une augmentation du cholestérol et des lipides totaux dans un bon nombre de cas.

-L'hémogramme normal,la plupart du temps ,pourrait montrer une lymphocytose relative entre les attaques et une polynucléose relative en cours d'attaque ,sans éosinophilie.

-L'uricémie,la calcémie,la phosphorémie et la phosphatasémie sont normales.

-La fibrinémie n'est pas augmentée.

-Le taux des antistrèptolysines est généralement bas.

-Les réactions considérées comme spécifiques telles que:

-Réactions de Waaler-Rose.

-Latex fixation test, ou encore à la Bentonite.

-Euglobuline test.

-Recherche de cellules L.E.

sont habituellement négatives, cependant quelques auteurs ont obtenu des tests positifs d'interprétation délicate. (Piguet-Dames-Zuckner.)

Les clichés radiologiques des articulations atteintes sont normaux dans plus de 90% des cas et quelques altérations exceptionnelles notées ont été considérées comme des coïncidences.

L'exploration de la cavité articulaire n'a jamais montré de destruction cartilagineuse, de pannus ou de prolifération villeuse de la synoviale.

Des examens anatomopathologiques ont été effectués sur divers prélévements biopsiques et les auteurs constatent l'absence de lésions spécifiques:

Au cours de l'attaque, la capsule et la synoviale sont infiltrées par de l'oedème et des polynucléaires sans éosinophilés. Il peut exister un exsudat aigu ou sub-aigu dans l'articulation.

Après résorption de l'oedème, de l'épanchement et de l'infiltration leucocytaire, on assiste à une prolifération fibroplastique au niveau de la capsule et de la synoviale, suivie d'une restitution ad intégrum.

Les essais de culture de liquide articulaire et de tissus sont toujours demeurés stériles.

Tels sont les principaux caractères du Rhumatisme Palindromique.

Dans la statistique de Hench, I5% des cas ont gueri spontanément, dans 44% des cas, il y a eu une diminution d'intensité, tandis que l'affection restait stationnaire dans 25% des cas et s'aggravait dans II% des cas.

L'auteur n'a jamais constaté l'évolution vers une polyarthrite chronique, comme l'ont observé ultérieurement Boland, Headley et Bywaters, ou vers un lupus érythémateux disséminé ; comme l'a remarqué B.Piguet après une évolution de I5 ans.

./.

# C H A P I T R E III.

## NOTRE CAS DE RHUMATISME PALINDROMIQUE

Le malade dont nous relatons l'observation a été vu à la Consultation de Rhumatologie du Centre Hospitalier Régional d'Orléans, trois ans après le début de son affection. Les précisions cliniques obtenues après un intérrogatoire rigoureux ont été confirmées par son médecin traitant en ce qui concerne les trois années précédant notre examen.

Monsieur François H...sujet espagnol, vivant en France depuis I946, est un magon âgé de 34 ans, en bonne santé générale.

On ne retrouve rien de bien particulier dans son passé, si ce n'est une coqueluche à 5 ans, une pneumonie à 7 ans; mais aucune trace d'autre infection, notamment gonococcique, syphilitique ou tuberculeuse.

Pas non plus de scarlatine ni de rhumatisme articulaire aigu dans son enfance.

Par ailleurs, l'intérrogatoire ne peut révéler une éventuelle idiosyncrasie alimentaire, aucune parasitose, aucun antécédent de type allergique : asthme, rhume des foins, eczéma, urticaire, oedème de Quincke..

Aucun traumatisme important, tant physique que psychique ne semble avoir atteint le malade.

Dans son ascendance, on retrouve une légère tendance à l'obésité, mais pas de goutteux, de lithiasiques ou de diabétiques à la connaissance du malade.

Ce dernier est père de trois enfants,ses frères et soeurs sont bien portants.

Il vint consulter son médecin traitant au mois de mars I956, date du début de son affection,pour une douleur au poignet droit, apparue brutalement en fin d'après-midi ,sur le chantier où il travaillait.

En moins d'une heure ,le malade constate que son poignet enfle et devient rouge : la crise atteint son acmée avec une douleur intense ressentie comme une brulûre ,puis à type d'élancements comparés à des coups de couteaux.

Le médecin constate que les téguments sont rouges,surtout sur la face anterieure du poignet et que le gonflement intéresse aussi bien la jointure que les parties molles périarticulaires.

Toute tentative de mobilisation de la main déclanche une exagération des douleurs.Le médecin prescrit un arrêt de travail et des antalgiques ,puis demande à revoir le malade après quelques jours.

Cette monoarthrite très vite constituée s'était maintenue quelques heures avec des recrudescences dans la nuit et deux jours après,oedème et rougeurs avaient disparus,le malade ne souffrait plus,son articulation était tout à fait mobile et il demandait à reprendre son travail.

Une quinzaine de jours plus tard ,une deuxième crise survient,atteignant la même articulation : le malade n'est pas fébrile mais fatigué et irritable.

De nouvelles crises plus ou moins fortes se répetent 2 à 3 fois par mois tout au long de l'année et à partir de I957 elles deviennent plus fréquentes ,siegent toujours au poignet ,sont extrèmement douloureuses ,avec des manifestations para-articulaires identiques ; elles ne durent alors que quelques heures ,rarement quelques jours ,et,bien que l'impotence fonctionnelle soit quasi totale,Monsieur H.. résigné,subit ses "crises" en évitant au maximum de s'arrêter de travailler,se servant le moins possible de sa main droite !

Au cours des poussées ultérieures ,d'autres articulations sont touchées : poignet gauche ,interphalangiennes proximales des médius et annulaires des deux mains.

Une articulation seulement est atteinte à la fois,mais c'est toujours au niveau du poignet droit que les attaques sont les plus nombreuses et les plus aigues.

C'est seulement en fin I959 que nous avons l'occasion d'examiner Monsieur H.. au cours d'une attaque du poignet droit :

celui-ci est le siège d'un oedème diffus,prédominant au niveau du bord radial et débordant l'articulation vers le haut et vers le bas de 4 à 5 travers de doigts ; il s'étend sur le dos de la main en effaçant saillies et méplats.

Un érythème peu intense ,mais bien visible siège dans cette même région.

La douleur est à prédominance antéro-externe et à irradiation ascendante.Le malade a remarqué que douleur et rougeur sont plus intenses s'il garde la main pendante : il sent alors nettement "battre les artères".

Cet oedème est ferme, sensible dans l'ensemble, à la pression, ne donnant pas le godet. On ne trouve pas de point douloureux exquis.

La mobilisation, active et passive, est diminuée, douloureuse.

Aucun nodule ni élément papuleux n'est retrouvé. Les autres articulations sont cliniquement normales.

Par ailleurs, l'examen général montre qu'il s'agit d'un sujet de taille moyenne, de constitution robuste :

-Les appareils cardio-vasculaire, pulmonaire, digestif et le système endocrinien sont normaux.

-L'examen neurologique ne révèle aucun trouble.

-Il n'existe pas de fièvre.

Devant la difficulté de faire admettre une hospitalisation pour mise en observation, nous faisons pratiquer des examens para cliniques et obtenons du malade qu'il se fasse suivre très régulièrement à la consultation de rhumatologie.

Les examens de Laboratoire pratiqués durant une poussée sont :

-V.S. (Westergreen) : 6 mm à la Ière heure.
19 mm à la 2ème heure.

-Vernes-Résorcine : + IO

-Hémogramme : G.R. 5 030 000
-T.B. : I28 g/l, soit 80%.
-V.G. : 0,86.
G.B. 7.900, dont :
-P.N. : 68%
-P. eos 3%
-P. Baso 0.

-Monocytes : I%

-Lymphocytes et moyen mono-nucléaires: 33%.

-Cholesterol-Total : I,90 g/litre.

-Estérifié: I,20 g/litre.

-Rapport : Cholestérol -estérifié / Cholesterol -total = 0,6

-Réaction de Waaler-Rose : négative.

-Latex Fixation test : négative.

-Uricémie : 0,045 g/litre.

-Electrophorèze

| | Albumines | Glob.Alpha I. | Alpha 2. | Beta. | Gamma |
|---|---|---|---|---|---|
| Témoin | 63 | 5,2 | 7,8 | I2,I | II,6 |
| Malade | 56 | 5 | 9 | I5 | I5 |

Les clichés radiologiques des deux poignets ne montrent aucune altération.

L'image pulmonaire est normale.

o/o

L'évolution de la maladie depuis la fin de l'année I957 se traduit par des crises toutes stéréotypées,survenant brutalement en général le soir,parfois précédées de prodromes à type de "picotements".

En quelques minutes,douleur oedème,érythème sont constitués , en quelques heures et au maximum I à 2 jours,tout rentre dans l'ordre.

Les attaques sont plus fréquentes au printemps et en été ; (jusqu'à deux par semaine.).

L'état général est bon,mais malgré la bénignité apparente de la maladie,la multiplicité des crises constitue pour cet ouvrier manuel une véritable infirmité : en I960 ,le malade totalise environ 250 attaques depuis le début de l'affection ,soit une soixantaine par an.A part une seule poussée au niveau du genou ,en décembre I960,les seules articulations atteintes sont les interphalangiennes proximales des doigts et surtout les deux radio-carpiennes avec une forte prédominance pour le poignet droit : c'est ce qui nous a autorisé ,après l'echec de la thérapeutique par voie générale, à tenter un traitement local sur lequel nous reviendrons.

-Il est à noter que, au cours des années 58 et 59,le malade a présenté ,à plusieurs reprises des affections rhinopharyngées et surtout des angines, ce qui a incité à faire enlever les amygdales au patient.

En fait,la maladie a continué ses poussées avec la même régularité désespérante.

Nous n'avions pas pu faire le dosage des antistréptolysines avant l'intervention.

-En septembre 6I,le malade que nous suivons toujours est en bon état général,ses deux poignets,ses articulations interphalangiennes qui furent si souvent interessés par le processus inflammatoire à répétition sont absolumment normaux : le malade ne souffre pas,la mobilisation est indolente , l'amplitude est conservée intégralement.

La radiographie confirme aussi l'intégrité des surfa-

-ces articulaires.

Depuis le début de l'année 61,il semble qu'il y ait eu une rémission qui coïncide avec le traitement local cortisonique : non pas disparition totale des crises,mais atténuation de leur nombre : une par mois,alors qu'il ne se passait pas une semaine sans qu'il ait une poussée ,"surtout au printemps et en été", comme le précise le malade lui-même.

Atténuation surtout de leur intensité qui n'a rien de comparable avec les douleurs invalidantes dont il était le triste bénéficiaire!

Le 9 septembre 1961,nous lui avons fait un bilan biologique et celui-ci nous a apporté des éléments nouveaux :

-L'hémogramme révèle une éosinophilie à 15%.

§ Il était particulièrement interessant de faire explorer le malade du point de vue allergollogique.

-Diverses intradermo réactions ont été pratiquées à differents extraits allergéniques de l'Institut Pasteur.

-Extraits allergéniques de plumes.

-Poussière de maison.

-Extraits allergéniques de poils de chat.

-Extraits de filtrats de culture de Candida Albicans (Candidine)

§ Nous tenons à remercier le Docteur Carraud,médecin-chef du Centre de Pneumo-Phtisiologie,et ses collaborateurs,les Docteurs Molinier et Gueveler,nos amis,qui ont bien voulu entreprendre l'exploration allergologique et la désensibilisation spécifique de notre malade,dans le cadre de la Consultation d'Allergologie qu'ils ont crée au Centre Hospitalier Régional d'Orléans.

-Mélanges d'extraits allergéniques de moisissures du groupe I. :

-Pénicillium.

-Aspergillus.

-Alternaria.

-Cladosporum.

du groupe II. :

-Mucor.

-Rhizopus.

-Botrytis.

-Stemphylium.

du groupe III. :

-Neurospora

-Sitophila.

-Chaetomium.

-Pullularia.

-Fusarium.

Une seule intradermo réaction a été positive avec une réaction locale d'une intensité extrême : celle à la Candidine.

-La réaction de Waaler-Rose est trouvée positive au 1/64°

-Mais le Latex Fixation test reste négatif.

-La V.S. est à 1mm à la 1ère heure ,et

à 3mm à la 2ème heure.

Et tous les autres examens sont sensiblement équivalents aux bilans précedents.

Devant l'amélioration clinique,nous ne pratiquons aucun traitement et convoquons notre malade deux mois après,date à laquelle

il nous déclare avoir eu une rechute et avoir remarqué une modification de ses crises : depuis le mois d'octobre I96I,il a à nouveau plus d'une crise par semaine,elles sont presque toutes très douloureuses et,fait nouveau,les deux poignets restent très douloureux dans l'intervalle des attaques,sans modifications para articulaires.

Le malade est asthénique,dort mal la nuit et a maigri de 3 kgs.

Sur onze poussées en I mois et demi ,sept ont siégé au niveau de l'articulation radio-carpienne droite ,trois au poignet gauche et une au niveau de l'interphalangienne proximale de l'annulaire gauche.

Le I5-II-6I,nous pratiquons à nouveau quelques examens paracliniques :

-Uricémie : 0,040 g/litre.

-V.S. : 3 mm à la Ière heure

8 mm à la 2ème heure.

-Recherche de cellules de Hargraves dans le sang : négative.

-Clichés des poignets et des mains : normaux.

Nous instituons un autre traitement local cortisonique pendant quinze jours dans les deux poignets avec seulement une légère amélioration clinique et entreprenons début décembre 6I la désensibilisation specifique à la Candidine qui nous semble vouloir donner beaucoup d'espoir si l'on en juge par le résultat actuel malgré le peu de recul : le malade n'a pas eu une seule crise depuis fin janvier,jusqu'au I6 avril,date à laquelle nous le revoyons!

Or,c'est la première fois depuis I956 qu'une telle accalmie se présente : le malade ne se sent plus du tout fatigué,dort très bien et a repris du poids...

Ce succès thérapeutique a eu une incidence heureuse sur les répercussions psychiques qui commençaient à se faire jour chez notre malade que l'affection"finissait par exasperer"!

L'hémogramme pratiqué le I6-4-63 montre :

-G.R. : 4 390 000

-H.B. : I27 g/l ,soit : 85%

-V.G. : 0,96.

-G.B. : 8.800 dont:

-P.N. : 50%

-P. éos: 5%

-P.baso; 0

-Mono : I

-Lymphocytes et moyen mono-nucléaires : 34%.

La réaction de Waaler-Rose vérifiée à nouveau se révèle négative.

./.

## C H A P I T R E  IV.

## CONSIDERATIONS DIAGNOSTIQUES, ETIO-PATHOGENIQUES et THERAPEUTIQUES.

### I/CONSIDERATIONS DIAGNOSTIQUES.

Au début de la maladie,le diagnostic de Rhumatisme Articulaire Aigu a pu se poser au médecin traitant,devant l'intensité des phénomènes inflammatoires chez cet homme jeune,qui,souvenons-nous, avait présenté à partir de 1957 une série de manifestations rhino--pharyngées orientant vers une affection à stréptocoques.

En effet ,si dans sa forme typique polyarticulaire,fébrile, avec manifestations cardiaques,le diagnostic est relativement aisé, il n'en reste pas moins que les formes mono-arthritiques isolées, les myalgies isolées avec manifestations inflammatoires pouvaient, logiquement se discuter.

Toutefois, dans ses formes atypiques,les signes biologiques d'inflammation sont particulièrement nets,ce qui n'était pas le cas chez ce malade qui présentait,par ailleurs,un rythme particulier des poussées,que nous avons décrit.

La Goutte n'est pas sans rappeler le Rhumatisme Palindromique ,au moins au premier abord : evidemment la goutte aigüe se manifeste par une douleur d'apparition brutale,vive,avec oedème, rougeur des téguments,petite réaction générale et résolution rapide en quelques jours.

Les articulations du poignet et les interphalangiennes sont atteintes seulement dans 1% des cas.(Congrès de Toronto,1957)

Si notre malade n'avait eu que quelques poussées par an ,avec restitution ad intégrum,cette hypothèse de goutte eût été à envisager,mais la frequence des crises,l'uricémie normale à plusieurs reprises,l'absence d'autres localisations plus typiques ,l'absence de troubles viscéraux,l'absence des images radiologiques assez caractéristiques qui se constituent habituellement après quelques attaques sont autant d'arguments qui permettent d'éliminer ce diagnostic.

La fibrosité périarticulaire ne comporte ni rougeur de la peau ni gonflement.Ses accès sont moins fréquents et moins éphémères que ceux du Rhumatisme Palindromique.

L'hydarthrose intermittente ou vaso-motrice est une affection rare,survenant comme le Rhumatisme Palindromique,sur un terrain particulier"d'instabilité neuro-végétative".(J.Robin et J.C.Renier) Elle se situe,comme lui,dans le même groupe pathologique de "l'intermittence " en marge des autres rhumatismes inflammatoires.

Mais l'hydarthrose vaso-motrice,quoique caractérisée par son évolution par poussées de 3 à 5 jours avec restitution ad intégrum de l'articulation sans manifestations biologiques inflammatoires, sans manifestations radiologiques évidentes,sans étiologie bien particulière,se différencie des mono-arthrites de notre malade par sa prédominance féminine,presque exclusive,l'atteinte élective, mais non exclusive ,du genou,le caractère indolore et surtout la remarquable régularité dans l'apparition des poussées hydarthrodiales.

Elle est frequemment symptomatique d'une polyarthrite chronique dont elle ne constitue qu'une variante clinique en avant-garde.

Nous passerons rapidement sur deux problèmes diagnostiques qui sont d'un interêt secondaire :

-Une affection décrite par Salis-Cohen en I9II et I9I3,sous le nom d'arthrose angio-neurale avec périarthroses et para arthrose pour désigner des épisodes fluxionnaires fébriles polyarticulaires,qui durent souvent plusieurs semaines et survenant dans 30% des cas chez les enfants de moins de I2 ans.
Des éléments cutanés de type érythémateux ou de type vésiculo bulleux peuvent être associés.Cette description semble très éloignée des manifestations que nous avons rapportées et se rapprochent plutôt de l'érythème polymorphe,du rhumatisme aigu ou de certaines crises allergiques.

-L'autre est le rhumatisme allergique de Kahlmeter,se présentant sous formes d'oedèmes migrateurs des tissus articulaires et périarticulaires,sans rougeur locale,d'apparition brusque, frequemment accompagnés de fièvre et parfois de rushes érysipéliformes ou d'autres manifestations allergiques.L'autonomie même de cette affection est cependant discutée.

Le rhumatisme tuberculeux est une notion qui semble actuellement devoir tomber dans l'oubli,après avoir été contestée; d'ailleurs, aucun argument en faveur d'une tuberculose ancienne ou actuelle ne se posait chez notre malade.

Certains auteurs ont également,à propos de ces poussées fluxionnaires à répétition,posé le problème des collagénoses et notamment du lupus érythémateux disséminé,qui pourrait être une modalité évolutive possible et pour d'aucun,relativement fréquente:

E.Markson, (Chicago,I948) rapporte un cas où l'autopsie révélait un L.E.D. chez un sujet atteint de Rhumatisme Palindromique évoluant depuis 6 ans.

En I957, B.Piguet relate l'histoire d'un malade atteint d'un Rhumatisme Palindromique,suivi pendant I5 ans et chez qui est survenu un L.E.D. indiscutable.A cette occasion,il a prouvé que dans au moins 4 des 83 cas de Rhumatisme Palindromique publiés alors dans le monde,il existait des manifestations qui pouvaient évoquer un L.E.D.

Nous n'avons pas retenu cette étiologie,puisque nous n'avons aucune manifestation biologique qui puisse permettre d'évoquer la possibilité d'une collagénose.

Pour pouvoir éliminer d'une façon plus formelle cette dernière hypothèse,une serie de biopsies eut été souhaitable mais les proposer au malade était difficile....

En fait le véritable problème diagnostique qui est à discuter en présence de notre malade est celui de la Polyarthrite chronique évolutive :

Classiquement,elle débute plus frequemment chez la femme avec une prédilection pour certaines articulations telles que les métacarpo phalangiennes,les interphalangiennes proximales des index et médius et aussi les radiocarpiennes.L'atteinte est plus ou moins symétrique et la raideur articulaire douloureuse,le gonflement des

jointures s'aggravent lentement,acheminant le malade vers des déformations caractéristiques.Un cortège de petits signes généraux (fatigue,fécricule,amaigrissement.) sont de règle et les divers examens paracliniques viennent confirmer le diagnostic:

-Elévation de la V.S.

-Réaction de Waaler-Rose souvent positive après quelques mois d'évolution.

-Latex Fixation test,Euglobuline test positifs.

-Signes radiologiques : élargissement puis pincement de l'interligne articulaire,décalcification de voisinage.

Mais chez l'homme,la P.C.E qui est quatre fois moins fréquente présente des caractères particuliers bien mis en évidence par J.Frangon dans sa thèse;surtout polymorphisme et irrégularité évolutive : début atypique par une mono-arthrite sub-aigüe ou par des épisodes fluxionnaires mono ou oligo-articulaires.

Elle reste volontiers peu évolutive,oligo-articulaire; les poussées espacées enraidissant et déformant moins que la P.C.E. féminine,réagissant mieux au traitement anti-inflammatoire et de pronostic meilleur.

Certaines formes mono-articulaires trompeuses peuvent évoluer isolément plusieurs mois,voire même 1 ou 2 ans suivant certaines descriptions,à tel point qu'autrefois,elles étaient prises pour des ostéo-arthrites tuberculeuses.

S'il pouvait être évoqué,au début,en raison de sa plus grande fréquence,le diagnostic de polyarthrite chronique évolutive fut rejeté dès le premier bilan paraclinique fait après plus de deux

ans et demi d'évolution chez un malade n'ayant pas subi de corticothérapie par voie générale, à long terme, susceptible d'apporter des modifications biologiques. D'autre part, le tableau clinique avec ses poussées fréquentes suivies de rémise on complète et ne laissant aucune séquelle à type de déformations articulaires ou de modifications tégumentaires, l'intégrité des images radiologiques nous avait d'emblée fait envisager le diagnostic de Rhumatisme Palindromique.

Jusqu'en Mars 1961, soit après 5 ans d'évolution, les bilans successifs auxquels le malade s'est soumis, sont venus étayer ce diagnostic, mais en Septembre 1961, le nouveau contrôle biologique a fait rebondir le problème de la P.C.E. et a redonné un intérêt à notre sens, à cette observation.

En effet, bien que la réaction de Waaler-Rose ne soit positive qu'à une dilution de 1/64°, cette modification par rapport aux années précédentes, est à considérer, car jointe aux modifications cliniques des poussées, elle pose le problème de l'intégration du syndrome palindromique dans la P.C.E.

Dans de rares observations, comme par exemple celle de Boland et Headley, on a vu se developper une P.C.E. après 13 ans d'évolution d'un rhumatisme de type tout à fait palindromique.

Bywaters rapporte en 1949, l'observation bien étudiée d'un malade sujet à des attaques intermittentes palindromiques, dès l'âge de 5? ans. Après 6 ans de rémission, s'est constituée une polyarthrite rhumatoïde avec nodules, authentifiée par les signes radiologiques et histologiques habituels.

Deux des 5 cas de Rhumatisme Palindromique rapportés par Domes et Zuckner sont à notre avis assez troublants à ce sujet

-Dans le premier cas,il s'agissait d'un homme de 36 ans,chez qui les réactions de la polyarthrite chronique rhumatismale étaient positives aux dilutions suivantes

-Réaction de Waaler-Rose : I/224

-Latex Fixation test : I/40

-Euglobuline test : I/448

Il est à remarquer que ce malade fut très amélioré par la crysothérapie; (2,135 g. d'or)

-Dans le second cas,il s'agissait également d'un homme,âgé de 47 ans,chez lequel les taux de dilution étaient encore plus faibles :

-Réaction de Waaler-Rose : I/448

-Latex Fixation test : I/320

Les auteurs ne tiennent pas ces cas pour d'actuelles P.C.E.,mais considèrent qu'il s'agit de fausses réactions positives,le tableau clinique étant suffisament parlant.

Il faut cependant remarquer que la positivité de la réaction de Waaler-Rose n'a été retrouvée qu'une fois chez notre malade,et seulement à la dilution de I/64; la nouvelle vérification après plus de trois mois de désensibilisation spécifique s'est avérée à nouveau négative...

./.

II/ CONSIDERATIONS ETIO-PATHOGENIQUES.

D'après la plupart des auteurs,le déclenchement des attaques ne semble pas être soumis à un facteur étiologique précis ni les saisons,ni la température, ni le traumatisme n'ont fait leur preuve.

L'hypothèse la plus satisfaisante faisait intervenir un facteur d'allergie alimentaire,mais elle n'a pas reçu confirmation.

Il est à remarquer,cependant,chez notre malade que les crises sont nettement plus fréquentes au printemps et en été...

La pathogénie du Rhumatisme Palindromique n'est pas éclaircie non plus et plusieurs conceptions se sont confrontées,nous allons rappeler les deux principales :

a) ORIGINE INFECTIEUSE.

Elle ne semble pas avoir retenu l'attention des divers auteurs.

Il n'y a pas de fièvre,pas de modifications nettes de la formule sanguine et la vitesse de sédimentation est normale ou à peine augmentée.Les examens bactériologiques du liquide synovial et des fragments synoviaux sont toujours réstés négatifs de même que les cultures du mucus pharyngé.

Certains auteurs,parmi lesquels Thiers et J.Graber-Duvernay soulèvent le problème interessant de l'origine tuberleuse du Rhumatisme Palindromique : dans un des trois cas qu'il présente ,J. Graber-Duvernay a obtenu la positivité

du test tuberculinique de Jacquelin et Turiaf, avec réaction locale et générale qui serait caractéristique du rhumatisme tuberculeux.

b) ORIGINE ALLERGIQUE.

Elle semble être une explication beaucoup plus séduisante et mérite une discussion plus étendue.

En effet, les crises articulaires et périarticulaires, par leur brusquerie, leur brièveté, leur intermittence, leur association possible avec des éléments cutanés fluxionnaires évoquent parfaitement les manifestations articulaires d'une allergie.

On sait qu'une affection morbide est considérée allergique si elle satisfait à plusieurs critères :

- outre les critères cliniques et étiologiques, ce sont des critères biologiques qui en fournissent les preuves :
  - positivité de la cuti-réaction,
  - positivité de l'intradermo réaction et,
  - positivité de la réaction de Prausnitz-Kustner pour l'allergie humorale, de l'épidermo-réaction pour l'allergie tissulaire cutanée.

Si l'on s'en tient à de tels stigmates, seules quelques affections rhumatismales peuvent s'intégrer dans le cadre du rhumatisme allergique :

- les arthropathies de la maladie du sérum, survenant entre le 7ème et le I4ème jour, précédées d'urticaire et accompagnées d'adénite, de fièvre

d'albuminurie.

-les arthropathies protéiniques:

-soit par résorption d'albumines endogènes se comportant comme des substances étrangères . (pleuresies,oedème.)

-soit par absorption digestive d'albumines alimentaires.

-Certaines arthropathies médicamenteuses.

-Quelques cas de purpura rhumatoïde.

Hench et Rosenberg,dans leur serie de malades,ont noté que la fréquence des affections allergiques,(urticaire,oedème de Quincke, asthme,eczéma..) n'était pas plus élevée que dans un autre groupe pris au hasard.

Les réactions cutanées ont été positives dans 2I% des cas seulement et la recherche d'un allergène a été stérile.

Après des essais thérapeutiques par histamine intraveineuse et antihistaminiques de synthèse,bien qu'ils aient eu 50% d'amélioration dans un de leur cas ,ils écartent l'origine allergique du Rhumatisme Palindromique,de même que les hypothèses d'infection ou d'idiosyncrasies alimentaires.

Delvan Davison,dans un cas où les tests cutanés de sensibilisation étaient positifs à plusieurs allergènes ,insiste sur la nette amélioration apportée par la cure de désensibilisation associée aux antalgiques.

On voit que rien ne permet,dans l'état actuel des choses de considerer catégoriquement le Rhumatisme Palindromique comme étant une maladie allergique.

. / .

Le cas de Monsieur M..notre malade,vient cependant augmenter le nombre des observations qui tendent à considerer l'hypothèse allergique comme la plus séduisante,en effet,rien n'est en faveur de l'hypothèse infectieuse :

-La série de manifestations rhino-pharyngées survenues au cours des années 58-59,est postérieure au début de la maladie qui date de 1956 et l'affection rhumatismale n'a pas été modifiée dans son évolution par l'amygdalectomie subie par le malade.

-De même,aucun argument clinique,radiologique ou biologique ne permet d'évoquer la responsabilité de la tuberculose dans les phénomènes fluxionnaires articulaires dont il est la victime.

L'interrogatoire ne retrouve pas,dans les antécédents personnels ou familiaux de Monsieur M... des manifestations de type allergique.Toutefois,en faveur d'une telle origine,plaident :

-D'une part,la symptomatologie clinique avec sa rapidité d'installation,la crise disparaissant aussi vite,sans laisser de sequelles et se reproduisant semblable à elle même.

-D'autre part, les arguments paracliniques troublants:

éosinophilie à 15%, qu'aucune affection parasitaire ou sanguine n'explique.

positivité forte du test cutané à la candidine.

Ces faits sont sans doute insuffisants pour affirmer l'origine allergique de l'affection, mais nous avons la très modeste ambition d'apporter un cas de plus dans la discussion encore très problématique sur la pathogénie du Rhumatisme Palindromique.

./.

III/ CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES.

Les diverses observations montrent que les essais thérapeutiques ont été nombreux, ce qui prouve l'inconstance de leur efficacité.

Hench et Rosenberg ont employé plusieurs médications :

-adrénaline,

-éphédrine,

-tartrate d'ergotamine,

-choc vaccinal,

-auto-vaccination à partir des stréptocoques pharyngés des malades.

-désensibilisation non spécifique par injection d'histamine.

Ils concluent que ,seul,le repos semble efficace.

-les anti-infectieux,

-la physiothérapie,

-les anti-allergiques de synthèse ne semblent pas non plus apporter une amélioration.

Il semble,en général, que le résultat ne soit pas different si on se contente d'un traitement symptomatique de l'attaque, par aspirine ,phénylbutazone ou dérivés cortisoniques per os à faibles doses,pendant quelques jours seulement.

Certains auteurs ont cherché un traitement de fond qui empecherait le retour des crises! A ce propos,signalons les 3 cas de Boland,Headley,Lewitus,traités par les sels d'or à des doses hebdomadaires de 0,10g.

Leurs résultats sont significatifs et favorables:

-Le premier malade avait eu,en moyenne,73 crises par an : il a eu une seule crise pendant les 18 premiers mois après l'institution du traitement.

-Le second présentait 228 attaques par an,ce chiffre est descendu à 4,l'année d'après.

-Le dernier totalisait 83 crises par an et aucune attaque n'a été notée dans les 6 mois qui ont suivi le traitement.

Malheureusement,cette amélioration n'a pas été retrouvée dans d'autres cas et les sels d'or pourraient même aggraver la maladie comme le rapportent Mauvoisin,Bernard,Brun et Vergnon dans leur observation.

Rotes-Querol aurait remarqué une nette diminution de l'intensité des crises après un mois de traitement par la chloroquine à

la dose de 250 mg par jour.

En règle générale,cependant,on subit des echecs et les résultats sont difficiles à interpreter.

./.

Notre malade a evidemment bénéficié du traitement symptomatique par les antalgiques banaux,la phénylbutazone et ,une fois,la triamcinolone sur une période très courte,de l'ordre d'une semaine.

Si l'on peut admettre que cette thérapeutique ait soulagé transitoirement le malade,elle n'empechait pas la répétition des crises au rythme d'une ou deux par semaine.

Il ne pouvait être question ,pour les prévenir de laisser une corticothérapie permanente.

En octobre I960,nous avons alors tenté un traitement local, autorisé par le fait que presque toutes les poussées avaient sévi au niveau des poignets et surtout du poignet droit.

Nous avons pratiqué des infiltrations de I ml de la suspension d'hydrocortisone pendant trois mois,dans les deux poignets.

Les trois premières injections ont été pratiquées au rythme d'une tous les trois jours,puis nous avons maintenu le traitement à une infiltration par semaine.

C'est pendant cette période que le malade a présenté la seule poussée au niveau du genou droit,le I0-I2-60.Il a eu,en oùtre , une poussée au niveau du poignet gauche,le I2-II-60 et une au niveau du poignet droit le 28-II-60,toutes deux n'excédant pas 24 heures.

La fin de ce traitement a coïncidé avec une période de rémission relative s'étendant jusqu'en septembre 6I,puisque pour la

première fois, la fréquence est tombée à une ou deux crises par mois, parfois moins, et surtout leur intensité s'est trouvée très diminuée: le malade éprouvait une gêne plus qu'une douleur et il a toujours travaillé lors de ses poussées.

Devant la rechute de la maladie en octobre 1961, pour laquelle un deuxième traitement par infiltrations locales bi-hebdomadaires de Dexaméthasone dans chaque poignet durant quinze jours n'avait apporté qu'une amélioration médiocre, nous avons pensé qu'il ne fallait pas le priver d'un essai de désensibilisation spécifique, puisque nous avions la chance d'avoir une forte positivité à un seul allergène (Candida Albicans).

Ce traitement nécessite une téchnique codifiée et précise, c'est pourquoi nous avons confié Monsieur M... à la Consultation d'Allergologie du Centre Hospitalier d'Orléans en décembre 61.

On lui a pratiqué des injections d'extraits de candidine à des doses progressivement croissantes, deux fois par semaine. Les doses sont consignées dans le tableau ci-après p. 38, pour les trois premiers mois.

Plusieurs faits sont à remarquer:

-La première injection a été parfaitement tolérée, sans manifestations locales ou générales.

-Deux heures après la deuxième injection, le malade a présenté une manifestation articulaire au niveau du poignet droit, réalisant une crise mineure d'évolution courte. (quatre heures.)

-Pendant le premier mois du traitement, la fréquence des poussées a été sensiblement égale à celle des deux mois précédents; l'intensité des phénomènes inflammatoires a été cependant

diminuée.

-Depuis la fin du mois de janvier 1962, le malade n'a plus présenté une seule poussée même minime: c'est la première fois depuis le début de la maladie que nous observons une rémission franche de plus de deux mois et demi. Monsieur H... affirme ne s'être "jamais senti aussi bien" et se déclare satisfait...

./.

| Candidine | Doses injectées | |
|---|---|---|
| Solution phénolée diluée au I/250 000 | 8-I2-6I | 0,I0 ml |
| | I2 " " | 0,I5 ml |
| | I5 " " | 0,20 ml |
| | I9 " " | 0,25 ml |
| | 22 " " | 0,30 ml |
| | 26 " " | 0,30 ml |
| | 29 " " | 0,35 ml |
| | 2-I -62 | 0,40 ml |
| | 5 " " | 0,40 ml |
| | 9 " " | 0,45 ml |
| | I2 " " | 0,45 ml |
| | I6 " " | 0,50 ml |
| | I9 " " | 0,50 ml |
| | 23 " " | 0,50 ml |
| Solution au I/50 000 | 26 " " | 0,I5 ml |
| | 30 " " | 0,20 ml |
| | 2-2 -62 | 0,20 ml |
| | 6 " " | 0,25 ml |
| | 9 " " | 0,30 ml |
| | I3 " " | 0,35 ml |
| | I6 " " | 0,40 ml |
| | 20 " " | 0,45 ml |
| | 23 " " | 0,50 ml |
| Solution au I/I0 000 | 27 " " | 0,I5 ml |
| | 2-3 -62 | 0,20 ml |
| | 6 " " | 0,25 ml |
| | 9 " " | 0,30 ml |
| | I3 " " | 0,35 ml |
| | I6 " " | 0,40 ml |
| | 20 " " | 0,45 ml |
| | 23 " " | 0,50 ml |

D E S E N S I B I L I S A T I O

Tableau figurant les doses et
pendant les trois premiers mois

| Poussées inflammatoires durant le traitement | | | |
|---|---|---|---|
| Localisations | Intensité | Durée | Signes généraux |
| Aucune réaction | | | Amaigrissement |
| Poignet droit | crise min. | 4h. | |
| -Poignet gauche | + + + | 3j. | Asthénie et insomnie. |
| Annulaire gauche | + | 24h. | |
| Poignet droit | + + | 36h. | Insomnie |
| Poignet droit | + | 24h. | |
| DISPARITION DES | CRISES | | Reprise de poids<br>Reprise d'un sommeil normal. |

S P E C I F I Q U E

'évolution clinique
a traitement.

Il nous a été donné d'avoir à examiner et à suivre un malade âgé de trente quatre ans, présentant des attaques multiples et apyrétiques d'arthrite et périarthrite aigües, (dont plus de 200 au niveau de l'articulation radio-carpienne droite) sans périodicité nette, avec restitution ad integrum dans l'intervalle des crises et pour lequel aucun contexte biologique, ou radiologique, n'a pu être mis en évidence pendant six années d'évolution.

Le tableau clinique nettement individualisé nous a incité à placer cette observation dans le cadre du Rhumatisme Palindromique.

Après un bref rappel historique, nous avons évoqué les principales caractéristiques de cette maladie de description récente, puis nous avons relaté notre cas personnel en soulignant les différents problèmes diagnostiques soulevés et en exposant notre conduite thérapeutique.

Au terme de ce travail, plusieurs notions semblent devoir retenir l'attention; nous les envisagerons dans nos conclusions.

./.

# C O N C L U S I O N S

I) Un problème nosologique se trouve posé: le Rhumatisme Palindromique est-il une maladie spéciale ou un syndrôme destiné tôt ou tard à se confondre avec une affection déjà connue?
Sans dire comme Holbrook qu'il n'est qu'une forme particulière de polyarthrite chronique évolutive, nous ferions volontiers nôtre l'opinion de Short, Bauer et Reynolds, en distinguant deux types de Rhumatismes Palindromiques:

- L'un, primaire, idiopathique, correspondant à la description princeps de Hench et Rosenberg et pour lequel le diagnostic quoique rare, semble d'un intérêt certain, car s'il n'existe pas de traitement spécifique, le pronostic fonctionnel est bon, les séquelles articulaires étant inexistantes.
- L'autre, secondaire, beaucoup plus rare, symptomatique d'une autre affection qu'il précède ou qu'il accompagne: polyarthrite chronique évolutive, voire lupus érythémateux disséminé, où le pronostic n'est pas le même.

2) Les connaissances actuelles relativement à l'incidence et à l'étio-pathogénie de la maladie demeurent encore obscures.
Bien que l'origine allergique, que vient appuyer encore notre observation, ait la faveur de nombreux auteurs, toutes les opinions émises ne sont que des hypothèses et ne donnent pas entièrement satisfaction.

3) La corticothérapie locale, qui a très peu été employée dans cette affection où divers traitements ont été tentés, semble devoir

être retenue, car elle peut permettre une amélioration obtenue de façon simple, surtout si seulement quelques articulations sont atteintes. Cet appoint thérapeutique nous a donné une amélioration certes transitoire, mais importante, non pas tant sur la fréquence des crises, que sur leur intensité qui s'est trouvée considérablement diminuée.

4) La recherche d'un allergène et l'essai thérapeutique par la désensibilisation spécifique à chaque fois que cela est possible semblent présenter un intérêt certain.

Notre observation illustre ce point de vue: en effet les tests cutanés effectués à notre malade révélaient une positivité à un seul allergène, Candida Albicans, et la mise en route de la désensibilisation a entrainé une modification complète du rythme des poussées articulaires: suppression totale des crises depuis trois mois, alors que le malade n'avait jamais eu plus de quinze à vingt jours de répit, les cinq années précédentes...

./.

Vu, le Président de Thèse

Professeur S. de Seze.

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur L. Binet

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Academie de Paris

Jean Roche.

## -.- B I B L I O G R A P H I E -.-


A m e e n (L.) - Psychosomatic study of a case of Palindromic Rheumatism. J. New and Mental Dis. I20: 253 (I954)

B o l a n d (E.W.) and H e a d l e y (F.E.) - Treatment of so called Palindromic Rheumatism with gold compounds. Ann. Rheum. Dis. I949-8 64/70.

B o u r z e i x (J.C.) - A propos d'un cas de Rhumatisme Palindromique. Thèse Bordeaux, I959.

B y w a t e r s E.G.L. - Une variété d'arthrite rhumatismale caractérisée par des épisodes récurrents de nodules digitaux et d'inflammation de l'aponévrose palmaire ressemblant de près au Rhumatisme Palindromique. Ann. Rheum. Dis. I949, 8, I-3I.

C a i n (J.C.) -Palindromic Rheumatism- Am. Med. Assoc. I944, CXXV, I037-I038.

C o s t e (F.) -Le Rhumatisme. Expansion scientifique franç. I95I.

D a v i s o n (S.) - Palindromic Rheumatism. New-York State J. Med. I5-8-47, 48. n°I6, I836-I837.

-Rhumatisme Palindromique- New-York State J. Med. Ier décembre I95I, 5I, n°23 2783-2784.

D o m a r t (A.) et A u q u i e r (L.) -Rhumatismes allergiques et palindromiques. Sem. Hôp. Paris. I950,26,42I6-4222.

F e r r y (J.L.) -Report of a case of Palindromic Rheumatism. Indiana State, Med. Assoc. Jr. I943, 348-350.

F o r e s t i e r (J.)-Rhumatisme Palindromique; observation d'un cas. Revue Rhumatis. mars I946,I3,n°3, 78-79.

F r a n ç o n (F.)-Le Rhumatisme Palindromique de Hench et Rosenberg. Revue Rhumatis. janvier I946,I3, n°I, I7-2I; et ibid. I955, 22, I50-I53.

G i n s b u r g (M.) -Palindromic Rheumatism- Effective treatment with gold. Ohio State Med. Jr. 44-707 (I948)

G r a b e r - D u v e r n a y (J.) -Le Rhumatisme Palindromique- Jr. Med. Lyon, 20-I947, n° 663, 609-6II.

G r e c o (J.G.) and H a r k i n s -Palindromic Rheumatism. (Hench's disease) Jr. Mich. St. Med. Soc. I944,XIV,40I-402.

H e n c h (P.S.) -Sur une maladie récidivante des articulations (arthrite, périarthrite, para-arthrite) ne laissant apparemment pas de séquelles articulaires. J.A.M.A. I940, II5, 2207-2208.

H e n c h (P.S.) and R o s e n b e r g (E.F.)-"A new recurring disease of joints (arthritics, periarthritics, para-arthritics.) apparently producing none articular residue; report of thirty-four cases; its relation to angio-neural arthrosis, allergic rheumatism and rheumatoid arthritis".
Arch. of Int. Med. I944, 73, 293-32I.

H o p k i n s (J.J.) and R i c h m o n d (J.B.) -Palindromic Rheumatism. Ann. Int. Med. mars I947, 26, 454-457.

K a h l m e t e r (G.) -Y a-t-il des formes de rhumatisme articulaire et périarticulaire d'une nature réelement allergique? Acta Med. Scand. I939, I02-432.

L e w i t u s (Z.) -Rhumatisme Palindromique: résultats thérapeutiques de l'or et de l'A.C.T.H.
Rheumatism, I954, I0, 70-74.

M a u v o i s i n (F.)-B e r n a r d(J.)-B r u n(J.)etV e r g n o n. -A propos d'un cas de Rhumatisme Palindromique-
Ligue franç. contre le rhumatisme S. du I0/XII-58.
Revue du Rhumatisme et des maladies ostéo-artic.
Ann. XXVI, n° I, janvier I959.

M a r c h i n (P.de) - Rhumatisme Palindromique-
Revue Med. Liège, Ier janvier I956, II, n° I, 4-5.

M a z e r (M) -Rhumatisme Palindromique
J.A.M.A., 3 oct. I942, I20, 364-365.

N e l i n g a n (A.R.) Brit. M.J.L. I946,205.

P a u l (W.D.) and C a r r (T.L.) -Palindromic Rheumatism-
Arch. Phys. Med. 26: 687, I945.

P a u l (W.D.) and L o g a n (W.P.) -Palindromic Rheumatism-
Jr. Iowa State Med. Assoc. I944, XXX, IV, I0I-I04.

P e r l (A.F.) -Palindromic Rheumatism-
Canada Med. assoc. Jr. I947, 57, 382-383.

P i g u e t (B.) -Polyarthrite palindromique avec alopécie, syndrôme de Raynaud et "L.E. test" positif.
Revue Rhum. avr. I957, 24, n° 4, 303-3I0.

R o b i n (J.) -Un cas de Rhumatisme palindromique.
Revue Rhumatis. déc. I947, I4,n° I2, 376.

R o b i n (J.) et R é n i e r (J.C.) -Rhumatisme Palindromique et hydarthrose intermittente. Leurs rapports avec la polyarthrite chronique évolutive.-In Contempory Rheumatology, Proceed 3rd European Congr. La Haye I955.- Elsevier, édit. Amsterdam, I956.

R o t e s - Q u e r o l (J.) -Un cas de Rhumatisme Palindromique. Rev. Esp. Reum. I956, 6, 345-348.

R o t e s - Q u e r o l (J.) et L i e n c e (E.) -Rhumatismes intermittents- Rev. Esp. Reum. I959, 8, 8-37.

R o t e s - Q u e r o l (J.) et L i e n c e (E.) -Rhumatismes intermittents- Med. et Hyg. I958, I6, 62I-624.

R o t e s - Q u e r o l (J.) et L i e n c e (E.) -Rhumatismes intermittents- Arch. Int. Reum. I959, 2, n° 3, 49I-5I4.

S a l i s - C o h e n (S.) -On some angioneural arthrosis,(periarthrosis, para-arthrosis.) commonly mistaken for gout or rheumatism-
Trans. Coll. Phys. Assoc. Ann. I9I3, 28, 739-757.

S a l i s - C o h e n (S.) -Certain angioneurotic manifestation in and around joints, frequently mistaken for gout and rheumatism.-
Trans. Coll. Phys. Philadelphia, I9II,28,309-3II.

S a l o m o n (M.I.) -Rhumatisme Palindromique chez l'enfant.-
New State J. Med. I5 mars I946, 46, 622-623.

S c h e i n b e r g (D.) -Unic heart tetralogy with Palindromic Rheumatism. J. Tenessee 40: 260 (I947).

S è z e (de) et R y c k w a e r t -Maladies des os et des articulations. I vol. Flammarion éd. Paris I955, P. 764.

S h o r t (C.L.)- B a u e r (W.) et R e y n o l d s (W.E.)
Le Rhumatisme Palindromique. In Rheumatoid Arthritis, Harvard Univ. Press, I957, 480 pages.

S i g u i e r (F.)-La maladie dite périodique. In Maladies Vedettes, Masson, édit. Paris. I957, 467 pages.

T h i e r s (H.) -Sur une forme de rhumatisme à poussées fluxionnaires aigües, récidivantes et résolutives, simulatrice de la goutte.
Revue du Rhumatisme I952, I9, 738-74I.

T h o m p s o n (J.C.) -Palindromic Rheumatism-Report of two cases.
Med. Ann. Dist. Coll. I942, XI, I89-I90.

V a u g a n (W.T.) -Le Rhumatisme Palindromique parmi les sujets allergiques. J. of Allergy, mars I943,I4,256-264.

V i l l i a u m e y (J.) -Le Rhumatisme Palindromique- Entretiens de Bichat, Expansion scient. fr. édit. Paris I955.

W a r d (L.E.) and O k i h i r o (M.M.) -Palindromic Rheumatism- a follow-up study presented at the second Pan-American Congress on Rheumatic Diseases. Wash. D.C. june 3, I959.

W a s s m a n n (K.) -Le Rhumatisme Palindromique- Acta Med. Scand. I950, I39, n° I, 55-60.

W e b e r (F.P.) -Le Rhumatisme Palindromique- Lancet, 28 déc. I946,2, 93I-933.

W i n g f i e l d (A.) - Le Rhumatisme Palindromique - Brit.Med. J. 4 août I945, 2, I57.

W i r t s c h a f t e r (Z.T.)-W i l l i a m s (D.W.)-G a u l d e n (E.C.) - Le Rhumatisme Palindromique. Description clinique et étude électrophorétique du liquide synovial.- Acta Med. Scand. I955, I53, n° 2, II9-I26.

Z e n t n e r (A.S.) - Psychosomatic factors in a case of Palindromic Rheumatism.- Bull. Menninger Clin. I7: 2, I953.

Z u c k n e r (J.) and D a m e s (R.) -Palindromic Rheumatism.- U.S.A. A.I.R. 4, I96I, I8-35.

./.